



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Psykoosipotilaan fyysisen terveyden edistäminen

Pylkkänen Arttu

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## **Psykoosipotilaan fyysisen terveyden edistäminen**

Pylkkänen Arttu  
Hoitotyön Koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu2018

Pylkkänen Arttu

### Psykoosipotilaan fyysisen terveyden edistäminen

Vuosi	20182018	Sivumäärä	32
-------	----------	-----------	----

Psykoosisairaudet kattavat monikirjoisen ja erilaisilla tavoilla oireilevan sairauksien ryhmän. Sairastumiset vaativat useasti erikoissairaanhoidoa sekä pitkäksikin venyviä osastohoitojaksoja. Sairaus vaikuttaa elämään hyvin laaja-alaisesti, joten kaikkien elämän laatuun vaikuttavien tekijöiden huomiointi hoidossa on haastavaa.

Taudin oireet voivat usein johtaa arkielämän toimintojen kapeutumiseen ja kuihtumiseen. Tämä valitettavasti heijastuu myös sairastuneen fyysiseen terveyteen elintapasairauksien muodossa. Useat psykoosipotilaan hoitoon käytetyt lääkkeet myös altistavat fyysisen terveyden rapistumiselle. Lääkehoidossa pyritäänkin kokonaisvaltaisen tilanteen arviointiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa erilaisia keinoja vaikuttaa psykoosipotilaiden fyysiseen terveyteen. Erilaisilla hakutermeillä saatuja tuloksia käytettiin ensiksi kartoittamaan tutkittuja keinoja psykoosipotilaiden fyysistä terveyden edistämistä koskien. Näitä erilaisia elämäntapainterventioita analysoitiin ja vertailtiin vaikuttavuutta suhteessa resursseihin ja saatuihin hyötyihin.

Tämä työ rakentui aluksi tiedonhaun mahdollisuuksien selvittämiseksi, koska aihe on joiltain osin uudehko. Tutkimuskysymykset määriteltiin aluksi suuntaa antaviksi ja työn edetessä tarkoitus tarkentui. Kun kaikki aineisto oli jäsennelty, yhteneväisiä ja eriäviä tuloksia pohdittiin kokonaisuudessaan.

Aineistoa oli niukasti, mikä oli toisaalta jo ajoissa tiedossa. Se osaltaan antoi merkittävää tietoa, koska aihe vaatii selvästikin lisätutkimusten tekemistä. Vaikuttavuutta ei saatujen tietojen valossa voitu pohtia pitkällä aikavälillä, mutta maksimissaan puolentoista vuoden seurantajaksoja sisältäneet tutkimukset antoivat poikkeuksetta positiivisia tuloksia erilaisten elämäntapainterventioiden hyödyistä. Valitettavaa toisaalta oli tulosten maltillisuus, vain merkittävien resurssien toteutetut elämäntapainterventiot saivat tutkimusten perusteella aikaan huomattavia tuloksia psykoosipotilaiden fyysiseen terveyteen.

Monen tutkimuksen otanta oli pieni, joten laajamittaisia tutkimuksia kaivattaisiin lisää. Myös elämäntapainterventioiden toteutustapojen käytännönläheisemmät tutkimustavat tuottaisivat arvokkaampaa tietoa käytännön hoitotapojen perustaksi.

.

Asiasanat: psykoosi, somaattinen terveys, fyysinen terveys, elintapasairaus, interventio

Arttu Pylkkänen

Promoting physical health of psychosis patient

Year	20182018	Pages	33
------	----------	-------	----

Psychotic disorders cover a multilevel and diverse group of illnesses. Illness often require specialized medical care followed by a prolonged stay in a hospital ward. These illnesses have a wide-ranging impact on patient's life so taking all the factors affecting to quality of life to account is challenging.

The symptoms of the disease can often lead to narrowing and deterioration of activities of daily living. Unfortunately, this is also reflected in patient's physical health through lifestyle diseases. Many medicines, which are used to treat psychosis, also exacerbate the patients' physical condition. In pharmacological treatment, the aim is to take the assessment of the holistic situation into account.

The purpose of this thesis was to study various ways of influencing the physical health of patients suffering from psychotic disorder through a systematic literature review. The results obtained with different search terms were first utilised to explore different ways that had been related to the problem. These various lifestyle interventions were analysed and compared to the effectiveness in relation to resources and benefits.

This thesis was initially based on studying the opportunities of information retrieval, as the subject is somewhat new. The study questions were defined as the general guidelines and as the work progressed, the purpose became more specific. When all the material was structured, the given data was analysed by comparing the inconsistencies and similarities as a whole.

The amount of literature within the topic was limited, which was known already at an early stage. Therefore, it was clear, that the subject needed further research. According to the obtained data, it was not possible to reflect long-term impacts but studies with a maximum of one and a half years of follow up provided without exception positive results on the benefits of various lifestyle interventions. Moderation of the results was unfortunate. Only the lifestyle interventions with most significant resources could produce noticeable results in a patient's physical health.

The sample of the studied literature was in many cases narrow, so more extensive studies would be needed. In addition, more pragmatic research methods for lifestyle interventions would provide more valuable information for foundation of practical treatment.

Keywords: psychosis, somatic health, physical health, lifestyle diseases, intervention

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Psykoosin ja psykoottistyyppisen oireilun teoreettiset lähtökohdat .....	7
2.1	Psykoosi ja psykoottisuus .....	7
3	Elintapojen ja sairauksien yhteys .....	8
3.1	Elintapasairaudet .....	9
3.2	Elintapasairauksien ja mielenterveyshäiriöiden yhteys .....	10
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	10
5	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja toteutus .....	10
5.1	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoreettiset lähtökohdat .....	10
5.2	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimussuunnitelma ja menetelmään tutustuminen .....	11
5.3	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston kerääminen ja tiedon hyväksyminen .....	12
5.4	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla saadun tiedon analysointi .....	14
6	Tulokset .....	15
6.1	Tutkimusten sisältö .....	15
6.1.1	Tavat, joilla elintapoihin pyrittiin vaikuttamaan .....	18
6.1.2	Interventioissa saadut hyödyt .....	19
6.2	Tulosten pohdinta .....	20
7	Eettisyys ja luotettavuus .....	22
8	Kehittämisideat ja jatkotutkimusehdotukset .....	23
9	Opinnäytetyön prosessin arvio .....	23
	Lähteet .....	25
	Taulukot .....	28
	Liitteet .....	30

## 1 Johdanto

Kansantauteihin luetaan yleisesti sairaudet, joilla on suuri merkitys kansanterveydelle. Suomessa näihin luetaan mm. sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Huomattavaa osaa suomalaisten kansantaudeista voitaisiin ehkäistä tai hoitaa terveyllä elintavoilla. Erityisesti liikunta suojaa melkein kaikilta erilaisilta kansantaudeilta. (THL 2015a.) Elintavat vaikuttavat fyysisen terveyden lisäksi psyykkiseen hyvinvointiimme. Terveet elintavat auttavat ja tukevat stressin hallinnassa haastavissa elämäntilanteissa. (THL 2017b.)

Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan erilaisia psykiatrisia häiriöitä. Ne aiheuttavat kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita, joihin liittyy kärsimystä tai haittaa. Niitä luokitellaan oireiden ja vaikeusasteen mukaan, vakavimpien aiheuttaessa subjektiivista kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun madaltumista. Hyvä hoito voi kuitenkin tehdä mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen elämästä tyydyttävää. (THL 2015b.)

Psykoosi on tila, jossa todellisuudentaju on heikentynyt ja sairastuneella on huomattavia vaikeuksia erottaa mikä on totta ja mikä ei. Psykoottisia oireita esiintyy monissa erilaisissa psykiatrisissa sairauksissa. Sairaus voi ilmetä monella eri tavalla, kuten harha-aistimuksina, harhaluuloina tai outona käytöksenä. (Huttunen 2017.)

Skitsofrenia on monimuotoinen psyykinen sairaus, joka voi oireilla psykoottisuutena. Sairauden ilmaantuvuus on 0,5-1,5 % koko väestöstä. Näistä henkilöistä 6 % on sairaalahoidossa ja 13 % saa vuoden aikana sairaalahoitoa. Kaikkien psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys on 3,5 %. (Käypä hoito 2015, THL 2016.) Skitsofreniaa sarastavien elinajan odote on 15-20 vuotta lyhyempi kuin yleisväestöllä. Tämä selittyy pääasiassa huonoista elintavoista johtuvilla sairauksilla. (THL 2017b.)

Psykooseja hoidetaan moniammatillisen yhteistyössä. Hoidossa tarvitaan usein lääkehoitoa ja kuntoutusta. Se pyritään räätälöimään jokaisen potilaan omien tarpeiden mukaan. Kuntoutuksessa keskeisimmiksi tavoiksi nousevat oireidenhallintaryhmät, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, ammatillinen kuntoutus sekä psykoterapeuttiset hoitomuodot. (THL 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa erilaisia keinoja vaikuttaa psykoosipotilaiden fyysiseen terveyteen. Tämän ihmisryhmän heikompaan fyysiseen terveyteen ollaan herätty viime vuosina huomattavasti vahvemmin kuin aiemmin, mikä on hyvin positiivista. Vaikuttamiskeinojen kartoitus ja niiden vaikuttavuutta on tutkittu vielä huomattavasti vähemmän, kuin erilaisten elintapasairauksien esiintyvyyttä tässä väestössä.

## 2 Psykoosin ja psykoottistyyppisen oireilun teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Psykoosi ja psykoottisuus

Psykoottisiksi oireiksi luetaan aistiharhat sekä harhaluulot. Psykoottisuus määritellään ajatuksen ja puheen hajanaisuutena sekä outona käytöksenä. Lieviä tai ohimeneviä epärealistisia oireita ei tule tulkita merkiksi psykoosisairaudesta. Lyhytaikainen, kertaluonteinen psykoottinen oireilu on yllättävän yleistä jossain vaiheessa elämää. Varsinainen psykoosi on oireyhtymä, jossa psykoottinen oireilu kestää riittävän pitkään sekä jonkin spesifisen psykoosityypin kriteeristö täyttyy. (Suvisaari & Lönnqvist 2017.)

Erityisesti stressitilanteissa tai nukahtamisvaiheessa voi monilla ihmisillä ilmetä erilaisia aistikokemuksien vääristymiä, jotka eivät ole luonteeltaan psykoottisia. Pääasiallinen erottava tekijä näissä tapauksissa on ihmisen oma tiedostaminen aistimuksen vääristymisestä, psykoottiseksi tulkittava kokemus taas tuntuu todelliselta ilmiöltä. Esimerkiksi jäykkiä ja perusteettomia uskomuksia, joihin ei liity ajatusvääristymää, voi olla vaikea erottaa psykoottisina pidetyistä oireista. Ihmisen kulttuurin, alakulttuurin, uskonnon tai maailmankatsomuksen sisältämät ja sen sisällä yleisesti jaettu näkemyksiä tai uskomuksia ei määritellä psykoottisiksi. (Huttunen 2016a.)

Henkilön voidaan määritellä olevan psykoosissa, jos hänen todellisuudentajunsa on heikentynyt sekä hänelle on huomattavan vaikeaa erottaa todellisuus ja harhat tai harhaluulot toisistaan. Käytös määritellään psykoottiseksi, kun esimerkiksi käytös tai puhe on hyvin erikoista tai outoa. Psykoottisessa puheessa ei ole logiikkaa tai se on täysin hajanaista. Joissain tapauksissa se voi olla hyvin seikkaperäistä ja yksityiskohtiin takertuvaa. Harhoja tai harhaluuloja ei välttämättä tarvitse siis ilmetä psykoottisuudesta puhuttaessa. (Huttunen 2016a.)

Psykoosia ja psykoottisia oireita voi ilmetä monissa psykiatrisissa sairauksissa. Skitsofreniaa sairastavalla outo käytös, harha-aistimukset ja harhaluulot ovat tavanomaisia oireita (Huttunen 2016a). Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja hajanaisuus. Akuuttivaiheessa aistiharhat ovat yleisiä, erityisesti kuuloharhat. Kuullut äänet usein kommentoivat potilaan toimintaa tai keskustelivat keskenään. Näköharhoja esiintyy vain harvoin ja ne voivat viitata aivoperäiseen orgaaniseen häiriöön. Skitsofreniapotilaalla voi esiintyä myös harhaluuloja, esimerkiksi tunnetta vainottuna tai kontrolloituna olemisesta. Potilaan hajanaisuus näkyy ajatuksen katkeiluna ja outoina ajatusmalleina. Negatiivisia oireita ovat tunne-elämän latistuneisuus ja kapeutuneisuus tai hajanainen ja epäjohdonmukainen. Skitsofreniapotilaan puhe voi myös olla köyhtynyttä ja tällä voi esiintyä tahdottomuutta sekä kyvyttömyyttä mielihyvän tunteisiin. (Tuominen & Salokangas. 2016.)

Ihmisen elämään jumiutuneet harhaluulot ovat tyypillisiä erilaisissa harhaluuloisuushäiriöissä. Vakavissa depressioissa ja manioissa voi ilmetä myös harhaluuloja tai harha-aistimuksia,

jolloin tilaa kutsutaan psykoottiseksi masennukseksi tai maniaksi. Dissosiaatiohäiriössä ja traumaperäisissä häiriöissä usein ilmeneviä harha-aistimuksia ei luokitella psykoottisiksi, koska henkilö kykenee yleensä erottamaan harhat todellisuudesta sekä ne ovat hyvin lyhytkes-  
toisia. Psykoottisiksi luokitellut aistiharhat ja harhaluulot voivat olla kuitenkin traumaperäi-  
siä, ilmeten esimerkiksi ajankohtaisen tapahtuman muistuttaessa työstämättömästä ja mie-  
lestä torjutusta traumaattisesta tapahtumasta. (Huttunen 2016a.)

Harha-aistimuksia ja harhaluuloja voi myös esiintyä monissa neurologisissa sairauksissa sekä joskus tietyissä aineenvaihduntahäiriöissä. (Huttunen 2016a) Sekavuustila eli delirium, joka on seurausta erilaisista elimellisistä tekijöistä tai sairauksista, voi tyypillisen ajatusten järjestä-  
tymättömyyden ja puheen harhailun takia voi muistuttaa psykoosia (Huttunen 2016b). Myös vakavassa dementiassa voi esiintyä psykoottisia oireita. (Huttunen 2016a).

Psykoosit syntyvät monien tekijöiden summana. Niihin vaikuttaa periytyminen, sekä ympäris-  
tötekijät (THL 2016). Skitsofrenian tärkein riskitekijä on ensiasteen sukulaisella esiintyvä skit-  
sofrenia. Sairastumisriski on tällöin jopa noin kymmenkertainen normaaliväestöön suhteutet-  
tuna. Ympäristötekijöinä tarkoitetaan stressiä, joka voi syntyä mistä tahansa lähteestä. Esi-  
merkiksi normaalit, mutta suuret elämänmuutokset voivat laukaista psykoottisen oireilun.  
Toisaalta myös toksinen tekijä, eli huumausaineiden kuten amfetamiinin ja kannabiksen  
käyttö voivat laukaista psykoosin. Yhdessä ympäristötekijät ja perinnöllisyys muodostavat  
stressi-alttiusmallin. Tällä tarkoitetaan psykoottisen sairauden syntymallia, joka on riippuvai-  
nen ihmisen alttiudesta sairastua, sekä ulkoisen stressin määrästä. (Käypä hoito 2015.)

### 3 Elintapojen ja sairauksien yhteys

Elintavoilla tai terveyskäyttäytymisellä yleensä viitataan alkoholinkäyttöön, liikkumistottu-  
muksiin, ruokavalioon ja tupakointiin. Edellä mainitut tavat ja tottumukset ovat keskeisessä  
roolissa suomalaisten kansantautien riski- ja suojatekijöinä. Niiden ja sairastavuuden sekä  
kuolleisuuden välillä on usein yhteys. Sosioekonomisella statuksella tarkoitetaan omaa ja van-  
hempien koulutusta, ammattia sekä tuloja. Elintapavalinnat ja muu terveyskäyttäytyminen  
korreloivat nimenomaan sosioekonomisen aseman kanssa. Heikommassa asemassa olevat hen-  
kilöt kärsivät todennäköisemmin elintapojen aiheuttamista negatiivisista seurauksista. Hyvään  
sosioekonomiseen asemaan liittyy tiedollisia, taloudellisia ja sosiaalisia resursseja, jotka oh-  
jaavat terveempien elintapojen pariin ja edelleen edistää terveyttä sekä ehkäisee sairasta-  
vuutta. (THL 2017a.)

Terveiksi elintavoiksi luokitellaan yleensä tupakoimattomuus, runsas ja säännöllinen kasvien  
sekä hedelmien käyttö, reipas liikunta vähintään 150 minuuttia viikossa. Alkoholista naisten tu-  
lisi käyttää maksimissaan yhden annoksen verran päivässä (12 g, lasillinen viiniä tai pullo kes-  
kiolutta), miehillä vastaavan luvun ollessa kaksi annosta päivässä. Kehon painoaindeksi tulisi  
olla alle 25 kg neliometriä kohden. Joskus terveiksi elintavoiksi luokitellaan myös terveet



verenpainearvot, normaali veren glukoosipitoisuus sekä kokonaiskolesterolipitoisuuden pysyminen suositelluissa arvoissa. (Vuori 2015.)

Esimerkiksi valtimotautien varhaismuutokset ovat yhteydessä jo teini-iässä ja nuorena aikuisena opittuihin terveisiin elämäntapoihin (Vuori 2015). Liikunta ja painonhallinta ovat erittäin tehokkaita tapoja ehkäistä tyypin 2 diabetesta. Jo muutaman kilon laihtuminen ehkäisee tunnustavasti riskiryhmässä olevan henkilön vaaraa sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Mustajoki 2017.) Vähemmän tutkittu alue on elintapojen vaikutus kognitiivisiin toimintoihin. Nykyään on kuitenkin todistettu yhteyden löytyvän esimerkiksi elintapojen ja aivojen heikentyneen toiminnanohjauksen tai huonon muistin diagnoosin kanssa. Toiminnanohjauksen heikentyminen tarkoittaa esimerkiksi keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden häiriöitä sekä huonontunutta kykyä käyttää opittuja taitoja ja selviytyä uusista tilanteista. (Vuori 2015.)

Nämä kognitiivisen alueen haitat suurentuvat epäterveellisten elintapojen lisääntyessä ja niiden keston pidentyessä. Tupakoiva, alkoholia liikaa käyttävä, liikuntaa liian vähän harrastava ja epäterveellisesti ruokaileva henkilö tulee kärsimään 3-4 todennäköisemmin huonosta muistista sekä 2,9 kertaa todennäköisemmin heikentyneestä toiminnanohjauksesta verrattuna terveitä elintapoja noudattavaan henkilöön. (Vuori 2015.)

Alzheimerin tautiin ei ole löydetty yhteyttä elintapojen kanssa, mutta dementian ilmeneminen on 64% todennäköisempää epäterveellisiä elintapoja keski-iässä noudattavalla henkilöllä vanhuusiässä, kuin terveitä tottumuksia suosivalla. Suurin riskitekijä on yli 25kg neliömetriä kohden oleva painoindeksi. Jokainen epäterveellinen elintapa kuitenkin lisää verisuoniperäisen dementian riskiä. (Vuori 2015.)

### 3.1 Elintapasairaudet

#### Metabolinen oireyhtymä

Metabolisella oireyhtymällä (MBO) tarkoitetaan riskitekijöiden kasautumaa, jotka suurentavat ateroskleroottisten, eli verta kuljettavien valtimoiden ahtautumisesta, verisuonisairauksien ja diabeteksen vaaraa (Mustajoki 2018, Syväne 2016.)

Verisuonisairauden riski kasvaa kaksinkertaiseksi 5-10 vuoden kuluessa MBO:sta kärsivillä. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat keskivartalolihavuus, kohonnut verenpaine, häiriintynyt glukoosiainenvaihdunta sekä dyslipidemia. Jälkimmäisellä tarkoitetaan plasman suurta triglyseridipitoisuutta ja pientä HDL-kolesterolipitoisuutta. Taudin määritelmään kuuluvien osatekijöiden lisäksi tähän liittyy myös veren virtsahapon runsaus, verisuonten tukosalttius, tulehdustila sekä insuliiniresistenssi. (Syväne 2016.)

MBO:n toteamisen kriteerit täyttyvät, kun kolme viidestä oireesta täyttyvät: suurentunut vyötärönympäryys, triglyseridien suurentunut pitoisuus, HDL:n matala pitoisuus, korkea

verenpaine sekä kohonnut paastoglukoosipitoisuus veressä. Minkä tahansa osatekijän löytymisen tulisi johtaa muiden tekijöiden tutkimiseen. MBO:ta hoidetaan eri osatekijöihin puuttamalla. Perustana toimii elämäntapahoito, jossa keskeisessä osassa on laihdutus. Oireiden vähenemistä tuetaan myös säännöllisellä liikunnalla sekä terveellä ruokavaliolla. (Syväne 2016.)

### 3.2 Elintapasairauksien ja mielenterveyshäiriöiden yhteys

Elintavat ovat fyysisen terveyden lisäksi yhteydessä myös psyykkiseen vointiin. Terveet elintavat auttavat hallitsemaan stressiä elämäntilanteen muuttuessa stressaavammaksi. (THL 2017b.) Esimerkiksi skitsofrenian oireita stressi voi lisätä tai laukaista (Huttunen 2016c). Myös ihmisille, jotka eivät kärsi mielenterveyden häiriöistä, on apua säännöllisestä ruokavaliosta ja liikunnasta sekä savuttomuudesta positiiviseen mielialaan pyrkiessä ja mielialan laskuja ehkäistessä (THL 2017b).

Skitsofreniaa sarastavien elinajan odote on 15-20 vuotta lyhyempi kuin yleisväestöllä. Tämä selittyy esimerkiksi elintapasairauksilla, jotka ovat skitsofreenikoilla muuta väestöä yleisempiä. Ylipaino usein johtuu liiallisesta energian saannista ravinnosta suhteessa liikumisen määrään, mutta myös lääkkeillä voi olla vaikutusta metaboliaan epäedullisesti. Valitettavan monet mielenterveyden häiriöihin käytetyt lääkkeet altistavat painonnousulle. (THL 2017b.)

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa erilaisia keinoja vaikuttaa psykoosipotilaiden fyysiseen terveyteen.

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa, jota psykoosia sairastavien potilaiden kanssa työskentelevä hoitohenkilöstö voi hyödyntää työssään parantaakseen potilaiden elämänlaatua fyysisen terveyden näkökulmasta.

Tutkimuskysymyksiksi muotoutuivat seuraavat:

1. Miten psykoosipotilaiden somaattiseen terveyteen on puututtu tähän mennessä?
2. Minkälaisia tuloksia käytetyillä keinoilla on saatu?

## 5 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja toteutus

### 5.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoreettiset lähtökohdat

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimustapa, jonka avulla voidaan löytää, arvioida ja syntetisoida aineistoa. Niitä käytetään laajalti tutkittuun tietoon perustuvien päätösten

tukena. Esimerkiksi hoitohenkilöstön toimintatapojen vaikuttavuutta tutkitaan säännöllisesti systemaattisilla kirjallisuuskatsauksilla. (Petticrew 2001.)

Yleisen harhaluulon vastaisesti systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tarkoita, että se on samanlainen, vain isompi, kuin perinteinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tehtävä on pääasiassa vastata tiettyyn kysymykseen, välttää vääristymiä valinnassa ja tutkimusten hyväksymisvaiheessa sekä arvioida niiden laatua ja yhdistää saatu tieto objektiivisesti yhdeksi kokonaisuudeksi. (Petticrew 2001.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulee myös olla toistettavissa (Tähtinen 2007).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus valikoitui sopivimpana tapana toteuttaa opinnäytetyöni, koska se mahdollistaa mahdollisuuden perusteltuun vaikuttavuuden arviointiin psykoosipotilaan kokonaisvaltaisen terveyden huomioinnissa.

Laadukas systemaattinen kirjallisuuskatsaus alkaa selkeällä kysymyksellä tai hypoteesilla, jonka jälkeen pyritään etsimään kaikki julkaistu sekä julkaisematonkin materiaali aiheesta mahdollisten vääristymien välttämiseksi (Petticrew 2001). Tutkimuskysymyksen tulisi olla riittävän fokusoitunut sekä relevantti aiheeseen nähden. Sen ei kuitenkaan tulisi olla liian suppea ja siihen tulisi pystyä vastaamaan kirjallisuuden perusteella. Liian laaja kysymys voi olla ongelmallinen, koska aineistoa kertyy tällöin liikaa. Tutkijalla ei silloin ei mahdollisuutta käsitellä kaikkea löytämäänsä tietoa. Liian suppeaksi jäävä kysymys saa aikaan päinvastaisen tapahtuman, tietoa ei löydy lainkaan. Kysymystä mietittäessä tulisi ottaa myös huomioon käytössä olevat resurssit. Rahoitettu tutkimus voidaan toteuttaa huomattavasti laajemmin, kuin yksittäisen opiskelijan tuottama opinnäytetyö. (Arksey & O'Malley 2005, Aveyard 2007.)

## 5.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimussuunnitelma ja menetelmään tutustuminen

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa keskeisin piirre on mahdollisesti vastauksen tarkka etsiminen. Tämä on yleensä kliininen kysymys, jonka vastauksilla saadaan merkittäviä tuloksia käytännön hoitotyöhön tai näyttöä hyvien käytänteiden perustaksi. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015. s. 14.) Tarkkaan valitut menetelmät, menettelytavat ja kattava aikaisempien tutkimuksien hakumenettely ovat systemaattisen katsauksen keskeisiä lähtökohtia (Counsell 1997, Greenhalgh 1997, Whitemore & Knafl 2005).

Ensimmäinen vaihe kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on tutkimusongelman määrittäminen. Tämän tarkoituksen selvittämisen jälkeen koko prosessi saa suuntansa (Arksey & O'Malley 2005, Whitemore & Knafl 2005, Aveyard 2007). Tärkeää on esimerkiksi tunnistaa aiheeseen liittyvät ennako-olettamat, jotta tutkimuksen objektiivisuus ei kärsi näiden takia (Aveyard 2007). Tuloksia ei myöskään tulisi ennakoida, koska niillä voi myös olla negatiivinen vaikutus tutkimuksen laatuun objektiivisuuden muokkaamisen vuoksi (Magarey 2001). Tämän

opinnäytetyön tavoitteena toisaalta on osoittaa määritellyn ongelman olemassaoloa, joten edellä mainitut seikat eivät ole täysin relevantteja.

Luotettavan tiedon saamiseksi tulisi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistoin etsiminen ja hyväksyntä toteuttaa kahden ihmisen toimesta, jotka toimivat itsenäisesti (Higgins & Green 2011. luku 7). Toteutan työni yksin, joten tämä kohta ei tule opinnäytetyössäni täyttymään. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatu voi myös kärsiä, jos saman alkuperäisen tutkimuksen tietoja löytyy useammasta mukaan otetusta tutkimuksesta. Tämän välttäminen vaatii esimerkiksi tekijöiden nimien, sijainnin, tutkimuksen yksityiskohtien sekä ajankohdan ja keston vertailua tutkimusten kesken (Higgins & Green 2011. luku 7.2.2.)

### 5.3 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston kerääminen ja tiedon hyväksyminen

Toisessa vaiheessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on aineiston valinta ja kirjallisuushaku. Tämä kattaa varsinaisen tiedon haun sekä aiheeseen liittyvän kirjallisuuden valinnan. (Evans & Pearson 2001, Arksey & O'Malley 2005). Hoitomenetelmien vaikuttavuuden tutkimisessa satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset ovat oikeimpia valintoja katsaukseen (Magarey 2001, Holopainen ym. 2008).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkijan tulee itse määrittää aiheeseensa sopivimmat ja keskeisimmät käsitteet, joilla aineistoa etsitään (Green ym. 2006). Mukaanotto- ja poissulkukriteerit varmistavat katsauksen pysymistä suunnitellulla linjalla. Jotkin kriteerit voivat olla mukana vain käytännön syistä apuna tutkijalle. Esimerkiksi julkaisuvuoden rajaaminen auttaa hallitsemaan saadun aineistoin määrää. (Whittemore & Knafl 2005, Green ym. 2006, Aveyard 2007.) Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aihe on pääasiallisesti huomioitu maailmalla vasta lähimenneisyydessä, joten iäkäs ja jo tiedoiltaan vanhentunut aineisto on vähäistä.

Hakuprosessi tulee kuvata kirjallisuuskatsauksessa riittävän tarkasti, jotta lukija sen voi halutessaan toistaa. Tämä vaihe on kaikkein aikaa vievin, koska hakuja usein joudutaan muokkamaan ja tarkentamaan useaan otteeseen. (Magarey 2001, Whittemore & Knafl 2005, Green ym. 2006, Aveyard 2007, Holopainen ym. 2008.) Kokonaisuudessaan hakuprosessi ei koskaan ole täydellinen ja käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat lopputulokseen (Aveyard 2007).

Tässä opinnäytetyössä halusin erityisesti selvittää erilaisten hoitokeinojen, usein elämäntapa-interventioiden vaikuttavuutta psykoosipotilaiden somaattisen terveyteen. Tein useita kokeiluhakuja Cochrane Libraryssa, ProQuest Centralissa, EBSCOhost:ssa ja Laurean Finnassa. Jälkimmäinen kattaa valtaosan ensin mainittujen artikkeleista, joihin Laurean käyttäjätunnuksilla löytyy luku-oikeus. Olin jo ennen opinnäytetyöni aloittamista tehnyt hakuja tätä aihetta sivuten, joten hakutermit olivat yksinkertaista mieltä relevantteimmiksi tämän työn kannalta.

Koska tutkimusten testihenkilöiden sukupuolella ja iällä ei esimerkiksi ole tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kannalta merkitystä, niin minun ei ollut tarpeellista käyttää 'not' -poissulkuterminä.

Haulla psychosis AND lifestyle (kaikki osumat) löytyi 8723 viittausta E-artikkelien tietokannasta Laurea Finnasta. Tarkennettaessa hakua psychosis AND lifestyle AND intervention sekä sisältämään kaikki sanat jo abstraktissa E-artikkeleita löytyi 38, joista 19:sta luin vähintään abstraktin. Näistä 4 päätyi mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistoksi. Loppujen karsiutumissyynä oli epärelevantti sisältö tai vaihtoehtoisesti rajalliset luku-oikeudet. Pelkän otsikon perusteella jätin pois 13 artikkelia, syinä olivat esimerkiksi vieras kieli tai täysin epärelevanttilta vaikuttava artikkeli. Loput 6 olivat päällekkäisiä tutkimuksia tai vasta suunnitelmia tutkimuksen tekoa varten. Cochrane Librarysta sain "psychosis" AND "lifestyle" AND "intervention" -termeillä 15 tulosta, joista kaikki karsiutuivat pois tämän katsauksen materiaalista päällekkäisyyden, epärelevanttiuden tai keskeneräisyyden vuoksi. EBSCOhost tarjosi samoin termein 18 osumaa, joista yhtäkään artikkelia en sisällyttänyt tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen samoista syistä kuin edeltävästä hakukoneesta.

Hakutermeillä psychosis AND "physical health" AND intervention abstraktista sain Laurea Finnasta 51 E-artikkeli tulosta, joista 2 tutkimusta olivat valmiita, eivät päällekkäisiä ja vastasi tämän katsauksen tarkoitusta. Kokonaisuudessaan tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytin seitsemän artikkelia. Vastaavin termein Cochrane antoi 15 tulosta, joista yhden sisällytin tähän katsaukseen. EBSCOhost:sta löytyi näillä termeillä 15 tulosta, joista jokainen soveltuva artikkeli oli jo aiemmista hauista sisällytetty tähän opinnäytetyöhön.

Kokotekstin saatavuusongelmat tai maksuttomuus ei saisi määritellä sisäänotto- tai ulossulkukriteereitä. Esimerkiksi kandidaatin tutkielmaa tehdessä tästä voidaan kuitenkin joustaa.

(Niela-Vilén & Kauhanen 2015 s. 26.)

Taulukko 1

Tietokanta	psychosis AND lifestyle AND intervention (Vain abstrakti)	psychosis AND "physical health" AND intervention (Vain abstrakti)	Otsikon tai päällekkäisen aineiston perusteella pois suljetut	Abstrakti luettu	Mukaan otettu

Laurea Finna	38	51	57	33	6
Cochrane	15	15	24	6	1
EBSCOhost	18	15	25	8	0
Yhteensä	n=71	n=81	n=106	n=47	n=7

#### 5.4 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla saadun tiedon analysointi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijä useimmiten järjestää ja luokittelee aineistoa ja etsii siitä yhtäläisyyksiä sekä eroja. Tämän jälkeen tulokset tulkitaan ja jäsennetään ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi eli synteeksi. (Whittemore 2005, Whittemore & Knafl 2005, Aveyard 2007). Analyysi ja synteesi tapahtuvat näin siis yhtä aikaa (Niela-Vilén & Kauhanen 2015).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa kuvataan tutkimusten tärkeimmät sisällöt, kuten kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, menetelmät ja päätulokset. Tutkimusten heikkoudet ja vahvuudet otetaan myös huomioon. Lisäksi interventiotutkimusten käytetyt interventiot ja mihin niitä on verrattu, tulee kuvata lyhyesti. (Arksey & O'Maley 2005, Aveyard 2007.) Osittain aiemmin mainitut asiat ovat tulleet huomioiduksi jo arviointivaiheessa.

Jos tulokset tutkimusten kesken ovat ristiriitaisia, niin laadunarviointi on otettava huomioon tulosten analysoinnissa (Aveyard 2007). Ristiriitaisten tulosten löytäminen osoittaa aihetta koskevien jatkotutkimuksen olevan vielä tarpeellista (Whittemore & Knafl 2005).

Koostin keskeiset asiat mukaan otetuista tutkimuksista taulukkomuotoon tulosten käsittelyn yksinkertaistamiseksi. Toisessa vaiheessa analyysia tekijä lukee aineistoa ja tekee merkintöjä, luokittelun, kategorisoinnin ja teemojen luomisen helpottamiseksi (Evans & Pearson 2001, Whittemore & Knafl 2005, Aveyard 2007).

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston rajaaminen koskemaan pelkästään yhtä elintapasairautta olisi voinut mahdollistaa työn tuottavan tarkempia tuloksia koskien vain yhtä kapeampaa aihealuetta. Aineistoa ei kuitenkaan löydy tarpeeksi mielekkään systemaattisen katsauksen tekemiseen tällä tavalla, joten työhön on otettu mukaan elintapasairaudet yleisellä tasolla. Tämä voi tuottaa ongelmia yhteneväisyyksien osoittamisessa. Aineiston kategorisointi ja luokittelu jäsentää saatuja tuloksia helpommin käsiteltäväksi kokonaisuudeksi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on etsiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia saaduista tuloksista, ryhmitellä ja vertailla näitä sekä lopulta muodostaa tämän pohjalta

tulkinta niistä. (Whittemore 2005, Whittemore & Knafl 2005, Aveyard 2007.)

Kolmannessa vaiheessa käytetään iteratiivista vertailua muodostamaan looginen kokonaisuus eli synteesi kaikista merkittävistä eroavaisuuksista ja yhteneväisyyksistä. (Whittemore & Knafl 2005, Aveyard 2007). Vaiheen tarkoituksena on muodostaa yksittäisiä tuloksia laajempi ja yleisempi kuva, sekä esittää myös ristiriitaiset tulokset. Apuna voi käyttää muistiinpanoja tehtyjen päätösten perusteluista. (Whittemore & Knafl 2005.)

Tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyt tutkimukset olivat aihealueeltaan kokonaisuudessaan laajoja. Pääasiallinen sisäänottokriteeri oli elintapasairauksien ehkäisy ja hoito psykoosipotilailla. Elintapasairaudet ovat laaja kokonaisuus, mutta aihetta supistamalla vain esimerkiksi yhtä elintapasairaudeksi luettavaa ongelmaa koskevaksi, olisi aineiston määrä vähentynyt merkittävästi. Aihetta ei siis aineiston määrän perusteella ole vielä tutkittu kovin laajasti, joten sisäänottokriteerit pysyivät väljäkköinä (Lehtiö L & Johansson E. 2015. s. 54.) Tämän katsauksen tarkoituksiksi määrytyi siis kokonaisuudessaan erilaisten elintapasairauksiin keskittyvien interventioiden vaikuttavuus psykoosipotilailla.

## 6 Tulokset

### 6.1 Tutkimusten sisältö

Tutkimuksissa päästiin poikkeuksetta positiivisiin lopputuloksiin, joka olikin oletettavaa. Kysymykseksi tässä aiheessa nouseekin; miten suurta hyötyä elämäntapainterventioilla voidaan saada suhteessa käytettyihin resursseihin? Esimerkiksi Curtis ym. (2015) tutkivat kahdentoista viikon mittaisen henkilökohtaiseksi räätälöidyn elämäntapaintervention hyötyjä. Potilaita ohjasivat sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, fysiologi sekä vertaistukihenkilöt. Tutkittavat henkilöt sairastivat ensipsykoosia ja olivat 14-25 -vuotiaita. Positiiviset tulokset olivat selkeitä, 13 % lisähoitoa saaneista lihoi kliinisesti merkittävästi antipsykoottisen lääkityksen aloituksen jälkeen, kun taas verrokeilla vastaava luku oli 75 %. Tutkimuksen otanta oli pieni, interventoryhmään kuului vain 16 henkilö ja verrokkeihin 12. Tämän kaltainen lisähoito normaalihoitojen lisäksi vaatisi kuitenkin oletettavasti merkittäviä määriä lisäresursseja. Lisätutkimukset laajemmalla otannalla ja realistisilla kustannuslaskelmilla olisivat tarpeen tämän tasoisen hoidon systemaattisen toteuttamisen perustaksi.

Teasdale ym. (2016) toteuttivat saman tapaisen tutkimuksen edellä mainittuun verrattuna. Ikäasetelma oli 15-25 -vuotta ja taustalla ensipsykoosidiagnoosi. 12 viikon interventioon, joka painottui ravitsemusneuvontaan, osallistui 27 potilasta ja verrokkeina toimivat 18 tavanomaista hoitoa saavaa ensipsykoosia sairastavaa henkilöä. Tavoitteena oli muokata osallistujien ruokavalioita vähemmän sydän- ja verisuonisairauksille sekä metaboliselle oireyhtymälle altistaviksi. Intervention alussa jokaisen osallistujan fyysinen terveyshistoria sekä ruokailutottumukset käytiin läpi. Alkukartoituksen jälkeen tutkittavat kävivät viikoittain

ravitsemusterapeutin kanssa ryhmissä ostamassa elintarvikkeita, jonka jälkeen valmistettiin ruokaa yhdessä. Mukana oli myös psykiatrinen hoitaja. Osallistujat saivat myös vapaasti osallistua viikoittaiseen urheilufysiologin vetämään liikuntaryhmään kuntosalilla.

Gaughran ym. (2017) toteuttivat tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyistä tutkimuksista kaikkein systemaattisimman sekä laajimman. Tutkimuksessa toteutettuun interventioon osallistui 213 potilasta, kun taas verrokkeina toimi 193. Työntekijöitä oli mukana 52 kummassakin ryhmässä toteuttamassa ja dokumentoimassa tutkimuksen tuloksia. Useita potilaita jätti kuitenkin osallistumisen tutkimukseen sen ollessa käynnissä. Kokonaisuudessaan otanta oli lopulta 263 potilasta 12 kuukauden kohdalla. Sillä, kumpaan ryhmään potilaat kuului, ei ollut merkittävää eroa kesken jättämisen suhteen. 15 kuukauden otannan kohdalla tutkittavia oli 238.

Interventiota toteuttavat hoitokoordinaattorit käyttivät motivoivaa haastattelutapaa vaikuttaakseen positiivisesti potilaiden elämäntapavalintoihin, kuten ruokavalioon ja alkoholin, tupakan sekä huumeiden käyttöön. Näihin koitettiin vaikuttaa vähintään kuudella tapaamiskerralla potilaan ja hoitokoordinaattorin kesken, keskimääräisestä tapaamiskertoja oli 8,44. Valittavasti vain HDL-kolesterolipitoisuus ja vyötärönympäryys muuttuivat kliinisesti merkittävästi parempaan suuntaan verrokeilla. Tutkimuksessa arvioitiin fyysistä terveyttä monelta eri kantilta. Esimerkiksi veren kolesterolipitoisuutta, tupakointia, BMI:tä ja verenpainetta seurattiin. Ainoastaan HDL-kolesterolipitoisuuteen sekä vyötärönympärykseen kyettiin vaikuttamaan merkittävästi, jälkimmäiseen vain henkilöillä jotka olivat osallistuneet tapaamiskertoihin keskimääräistä enemmän. Erilaisten fyysisen terveyden määrittelyyn käytettävien mittarien perusteella saatu hyöty ei ollut kliinisesti merkityksellinen.

Edellä mainitun tutkimuksen vahvuutena laajan otannan lisäksi oli myös sen sisällytys normaaliin hoitoon. Elämäntapoihin koitettiin vaikuttaa normaalin hoidon sisälle räätälöidyllä ajalla. Positiivisten tulosten vaatimattomuus kuitenkin osaltaan osoittaa, miten ilman lisäresursseja ei välttämättä merkittäviä tuloksia saada aikaan.

Psykoosia sairastavien potilaiden näkökulmasta elämäntapainterventio oli tervetullutta. Wärdig ym. (2015) haastattelivat 40 potilasta puoli vuotta sen jälkeen, kun he olivat osallistuneet terveellisiin elintapoihin opastaviin ryhmätapaamisiin. Ryhmissä oli kuudesta kahdeksaan potilasta ja terveystoimittajina näissä tapaamisissa toimi kolme psykiatrista sairaanhoitajaa ja fysioterapeuttia, kaksi avustavaa hoitajaa sekä yksi toimintaterapeutti. Tapaamisia oli yhdeksän tai 20. Mielekkääksi koettiin erityisesti uusien sosiaalisten kontaktien löytyminen. Muutamat osallistujat kertoivat jälkeen päin voineensa intervention jälkeen paremmin kuin koskaan aiemmin. Intervention haittapuoliksi koettiin toisaalta niiden päättymisen ja jatkuvuuden puuttuminen. Myös kilpailun tunne itseään tai toisia vastaan tuntui osasta vaikealta. Potilaiden oman näkemyksen mukaan fyysiseen terveyteen tulisi keskittyä sairauden



alkuvaiheessa ja sen huomioinnin jatkua säännöllisesti. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla, joten saadut tiedot perustuvat osallistujien subjektiivisiin kokemuksiin hyödyistä ja haitoista. Useat osallistujat kokivat edistyneensä parempaan suuntaan elintapojensa kanssa.

Baker ym. 2010 tutkivat Australiassa mahdollisuuksia vaikuttaa tupakointiin vuoden mittaisen intervention avulla. 247 tupakoivaa, jotakin psykoottista häiriötä sairastavaa potilasta jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Toiset saivat tavanomaista hoitoa ja toiset osallistuivat kahdeksaan tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen keskittyvään tapaamiseen. Tupakointimattomuuteen ei kyetty merkittävästi vaikuttamaan. Vuoden kuluttua puolet kaikkiin interventiotapaamisiin osallistuneista oli kuitenkin vähentänyt tupakointiaan vähintään puolella, kun taas verrokeista noin neljännes. Interventioon osallistuneista neljän vuoden kuluttua vielä 43,8 % tupakoi vähemmän, verrokeilla luku oli noussut 35,8 %:iin. Neljän vuoden kontrolliajankohtana tupakointia puolella tai enemmän vähentäneistä hiilidioksidi pitoisuudet olivat vähentyneet noin puolella. Savuttomiksi päässeillä vastaava luku oli 89,5 %.

Luvut olivat siis tutkimuksen eri vaiheissa aina positiivisempaan suuntaan lähtötilanteesta, joka todistaa tämän kaltaisen intervention hyödyt. Neljän vuoden jälkeen tupakoinnin vähentyminen ja täysi savuttomuus kuitenkin vähenivät, joten hoidon jatkuvuus olisi perusteltua lyhytaikaisen intervention sijaan.

Iso-Britanniassa Firth ym. (2016) selvittivät haastattelemalla 31 ensipsykoosia sairastavaa potilasta, minkälaisia kokemuksia heillä oli 10 viikon fyysisen kunnon kohottamiseen tähtäävästä interventiosta. Osallistujat pyrittiin saamaan harjoittelemaan raskaasti tai kohtalaisen raskaasti vähintään 90 minuuttia joka viikko. Heillä oli käytössään ilmainen pääsy kuntosalille, sekä fysiologin tekemä standardisoitu harjoitteluohjelma. Tutkimusdataa keräävät henkilöt olivat myös potilaiden seurana kuntosalilla, mutta heillä ei ollut ammattimaista pätevyyttä fyysisen harjoittelun valmentamiseen tai ohjaamiseen. Osallistujia haastateltiin tämän 10 viikon intervention jälkeen heti, sekä kuuden kuukauden jälkeen seurannassa. Osaa haastateltiin vain toisella näistä kerroista. Päällimmäisiksi tuloksiksi nousivat psyykkisen tilan kohentuminen ja itsetunnon parantuminen. Verrokkiryhmässä oli seitsemän tavanomaista hoitoa saavaa potilasta, joihin verrattuna esimerkiksi psykoosisairauden negatiiviset oireet vähenivät huomattavasti tehokkaammin. Tutkimuksen laajempaan käyttöön sovellettava tieto on kuitenkin rajallinen, koska osallistujat olivat jo ennen interventiota ilmaisseet olemassa olevan mielenkiinnon fyysisestä harjoittelusta kohtaan.

Söderberg ym. (2008) tutkivat pienellä otannalla elämäntapaintervention hyötyä psykoosisairailta potilailla. Potilaat oli jaettu kolmeen ryhmään heidän fyysisen sekä psyykkisen tilansa perusteella. Ryhmiä tavattiin 14 kertaa, 4-6 kuukauden ajan ryhmästä riippuen. Tapaamisissa annettiin tietoa terveiden elämäntapojen saavuttamisen avuksi heidän itse asettamiensa tavoitteiden mukaisesti. Näitä tapaamisia johti psykiatrinen sairaanhoitaja sekä fysioterapeutti

Kokonaisuudessaan interventioon yritettiin saada mukaan 21 potilasta joista 14 oli mukana loppuun asti. Potilaiden BMI, vyötärönympärys ja verenpaine mitattiin aluksi sekä kuuden ja 18 kuukauden jälkeen aloituksesta. Kahdeksan potilasta oli laihtunut, neljä lihonut intervention jälkeen. 18 kuukauden jälkeen kuusi oli lihonut. Erityisesti huonommassa fyysisessä ja psyykkisessä voinnissa olevat potilaat saivat vähemmän konkreettisia hyviä tuloksia interventiosta. Potilaat itse kokivat ohjelmaan osallistumisen positiivisena asiana sekä valtaosa koki syövänsä terveellisemmin sen jälkeen sekä harrastavansa fyysistä harjoittelua enemmän. Potilaiden vastauksissa nousi esiin myös erityisesti sosiaalisten kontaktien saaminen positiivisena asiana. Toisaalta kaikki eivät pitäneet ryhmätapaamisista ja myös osallistujien pois jättäytyminen koettiin negatiivisena.

#### 6.1.1 Tavat, joilla elintapoihin pyrittiin vaikuttamaan

Psykoosipotilaiden somaattisen terveyden huomiointi on sanojen varsinaisessa merkityksessä käytössä jo yleisellä tasolla Suomessa. Suositukset kuitenkin sisältävät lähinnä tapoja seurata tämän potilasryhmän fyysistä terveyttä. Hoitotavaksi ehdotetaan ohjausta somaattisen terveydenhuollon pariin tai erilaisten elintapasairauksien syntymekanismien ehkäisyä. (Käypä hoito 2015 & Käypä hoito 2016.)

Kokonaisvaltaisesti terveisiin elintapoihin pyrittiin vaikuttamaan Gaughranin ym. (2017) Wärdigin ym. (2015), Curtisin ym. (2015) ja Söderbergin ym. (2008) tutkimissa interventioissa. Kaikissa näissä paitsi ensimmäiseksi mainitussa oli mukana sairaanhoitaja. Gaughranin ym. tutkimassa IMPACT -toimintamallin elämäntapainterventiossa vastuussa olivat hoitokoordinaattorit. Curtisin ym. tutkimuksessa mukana oli myös liikuntafysiologi, ravitsemusterapeutti ja vertaistukihenkilöitä, Wärdigin ym. interventiossa taas fysioterapeutteja, toimintaterapeutti sekä avustavia hoitajia. Söderbergillä ym. interventiossa oli mukana fysioterapeutti sairaanhoitajan lisäksi.

Teasdale ym. (2016) tutkima interventio pyrki vaikuttamaan vain potilaiden ruokailutottumuksiin psykiatrisen sairaanhoitajan ja ravitsemusterapeutin avulla ohjatuilla kaupassakäynteinä sekä ruoanlaittohetkillä. Osallistujilla oli myös mahdollisuus osallistua viikoittaisiin liikuntafysiologin ohjaamiin liikuntaryhmiin. Baker ym. (2010) tähtäsivät tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen ja Firth ym. (2016) fyysisen kunnon kohottamiseen liikuntafysiologin teettämän harjoitteluohjelman avulla.

Kuusi seitsemästä sisällytetystä tutkitusta interventiosta toteutui ohjaus -tai neuvontatapaamisina. Puolet näistä tapahtui ryhmätapaamisina, puolet taas yksin. Firthin ym. (2016) interventio sisälsi seurantaakin myös kuntosalilla. Interventioiden pituus vaihteli n. kahdesta kuukaudesta yhdeksään kuukauteen. Keskiarvo oli noin 15 viikkoa ja tapaamiskertoja yleisesti kerran viikossa, Söderbergin ym. ja Gaughranin ym. tutkimukset olivat 4-6 kuukauden ja 9 kuukauden

kestoillaan pisimpiä nostaen keskiarvoa, mutta näissä interventioissa tapaamisia ei ollut viikoittain kuten lyhyemmissä, n. 10 viikon interventioissa.

Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus pyrki tuottamaan tietoa konkreettisten ja vaikuttavien toimintamallien löytämiseksi. Tähän opinnäytetyöhön sisällytetyissä tutkimuksissa yleisin teema oli puuttuminen epäterveisiin elintapoihin yleisesti. Pääpaino oli ravitsemuksessa (esimerkiksi Teasdale ym. 2016), mutta myös esimerkiksi liikuntaan ja tupakointiin (Baker A. ym. 2010, Firth ym. 2016) koitettiin vaikuttaa positiivisesti. Interventiot toteutettiin pääosin moniammatillisen hoitoryhmän toimesta. Normaalihoitoon sisällytettyjen interventioiden tutkimukset olivat harvinaisempia (Gaughran ym. 2017). Tämä osaltaan todistaa, ettei sen tyyppisiä hoitomalleja ole lanseerattu vielä laajasti tai vaihtoehtoisesti niiden vaikuttavuutta ei ole tutkittu. Merkittävin lisäresurssein toteutettu lisähoito ei tuota yhtä arvokasta tietoa käytännön hoitotyöhön, kuin helposti tavanomaiseen hoitoon sisällytettävä interventio juurikin käytännön hoitotyön näkökulmasta.

#### 6.1.2 Interventioissa saadut hyödyt

Elämäntapainterventioiden hyödyt psykoosisairaille potilaille pystyttiin todistamaan kiistattomasti esimerkiksi verenkuvasta, BMI:stä tai ravintotottumuksien kartoittamisesta. Tulosten suuruus ja ero verrokkeihin olivat taasen vähäisiä pääsääntöisesti.

Curtisin ym. (2015) tutkimuksessa interventioon osallistuneista (n=12) 13 % lihoi, kun taas verrokeista 75 % (n=16). Teasdaalen ym. (2016) interventioon osallistuneet 27 potilasta lihoivat keskiarvoisesti vain 1,1 kg, kun verrokeilla (n=18) vastaava luku oli 7,8 kg. Teasdaalen ym. tutkimuksessa myös glykeeminen kuorma putosi neljänneksellä verrokkeihin nähden. Söderbergin ym. (2008) ja Gaughranin ym. (2017) tutkimat potilaat hyötyivät huomattavasti maltillisemmin interventiosta. Söderbergin tutkimuksen 21 osallistujasta 8 laihtui ja 4 lihoi 4-6 kuukauden intervention jälkeen, puolentoista vuoden seurannassa lihoneita oli kuusi. Gaughranin tutkittavista vyötärönympärys pieneni interventioon keskivertoa enemmän osallistuneilla kliinisesti merkittävästi, mutta kokonaisotannassa ei esiintynyt huomioitavaa muutosta. He tutkivat myös esimerkiksi verenkuvaa, joka oli parantunut HDL-kolesterolin osalta hieman terveemmälle tasolle osallistuneilla kuin verrokeilla. Näistä kolmesta tutkimuksesta Curtisin ym. ja Teasdaalen ym. tutkimus saivat merkittävimmät tulokset aikaan, joka todennäköisesti selittyikin interventioiden monipuolisuudella sekä potilasaineiksella. Kahdessa muussa tutkimuksessa potilasmateriaali oli iältään hyvin vaihtelevaa ja interventio toteutettiin Gaughranin ym. tapauksessa normaalin hoidon sisällä, Söderbergin ym. interventio taas koostui ryhmätapaamisista, joissa painopiste oli vain tiedonannossa terveisiin elintapoihin liittyen. Curtisin ym. ja Teasdaalen ym. tutkimisiin interventioihin osallistui 14-25 -vuotiaita ja molemmilla oli käytössään esimerkiksi liikunfafysiologi. Teasdaalen ym. interventio sisälsi myös toiminnallisen osuuden yhteisinä kaupassakäynteinä sekä ruoanlaittohetkinä.

Wärdigin ym. (2015), Firthin ym. (2016) ja Bakerin ym. (2010) tutkimuksissa interventoiden hyötyjä mitattiin pääasiallisesti vain haastattelemalla osallistujia. Wärdigin ym. 9 tai 20 ryhmätapaamisen interventioon osallistuneista potilaista osa koki voivansa jopa paremmin kuin koskaan ennen sekä elintapojen siirtyneen parempaan suuntaan. Negatiiviseksi koettiin kuitenkin juuri esimerkiksi intervention jatkumattomuus. Firthin ym. kuntosaliharjoitteluun keskittyneessä interventiossa osallistujat kertoivat samanlaisista kokemuksista, mutta tuloksina oli esimerkiksi tarkemmin määriteltynä negatiivisten oireiden meneminen parempaan suuntaan. Potilaat kokivat myös itsetuntonsa kehittyneen parempaan suuntaan. Fyysistä kuntotaso ei tarkemmin mitattu, mutta toisaalta on oletettavaa, että säännöllinen kuntosaliharjoittelu edistää fyysistä terveyttä. Firthin ym. tutkimuksen potilasmateriaali oli nuorta, ensipsykoosia sairastavaa sekä he olivat valmiiksi kertoneet kiinnostuksestaan fyysistä harjoittelua kohtaan. Tulosten ollessa melko subjektiivisesti mitattuja, niiden vertailukelpoisuus kärsii. Baker ym. (2010) sai tupakointiin keskittyvässä interventiossaan vuoden jälkeen mitattuna hyviä tuloksia aikaan. Noin puolet osallistujista oli vähentänyt tupakointiaan vielä silloin, mutta neljän vuoden jälkeen luku putosi n. 44 %:iin. Vaikka tuloksia saatiin, niin huomion arvoista on, että verrokeista ensimmäisen vuoden kohdalla neljännes oli vähentänyt tupakointiaan, kun taas neljän vuoden kohdalla n. 36 %. Ero verrokeilla ja osallistujilla oli siis pienehkö enää tässä kohtaa.

Kuten aiemmin mainittu, normaaliin hoitoon sisällytetyt pienemmillä resursseilla potilasta kohden toteutetut interventiot eivät saaneet aikaan kuin hyvin pieniä muutoksia parempaan suuntaan osallistujien elintapasairauksien riskitekijöihin vaikuttavissa tekijöissä. Tästä voidaan päätellä kaksi lopputulemaa; käytännön läheisesti ja realistisesti toteutettavat tavat vaikuttaa tämän potilasryhmän elintapoihin laajasti ovat vielä monin osin kartoittamatta. Toisaalta voidaan myös todeta, että lisäämällä erilaisia terveysalan ammattilaisia potilaiden hoitoon, voidaan todistettavasti vaikuttaa merkittävästikin tämän potilasryhmän elintapasairauksien riskitekijöihin.

## 6.2 Tulosten pohdinta

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pyrkii olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden systemaattiseen laadun tarkasteluun, analysointiin ja syntetisointiin. Se tiivistää tietoa hoitosuosituksen tuottamiseksi sekä parhaan näytön etsimiseksi. Erityisesti systemaattinen kirjallisuuskatsaus keskittyy tiettyjen valittujen menetelmien vaikuttavuuden vertailuun ja todistamiseen. (Su-honen, Axelin & Stolt. 2015 s. 14.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tuloksia ei välttämättä pystytäkään tilastollisesti yhdistämään, tällöin katsaus jatkuu narratiivisena, mutta pyrkii kuitenkin määrälliseen tarkasteluun (Cooper 1998). Narratiivinen katsaus pyrkii kertomaan ja kuvaamaan aiheeseen liittyvän

aikaisemman tutkimuksen laajuutta, syvyyttä ja määrää (Suhonen ym. 2015. s. 9). Edellä mainittuun viitaten, sekä osaltaan aiheen uutuuden vuoksi tämä opinnäytetyö yhdistelee erilais-  
ten elintapasairauksien ehkäisyyn keskittyvien tutkimusten tuloksia. Erityisesti suurella otan-  
nalla toteutetut tutkimukset ovat tässä aiheympäristössä harvinaisempia käyttämieni tieto-  
kantojen tulosten perusteella.

Yksikään tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettu tutkimus ei raportoinut  
suurempia haittoja kuin hyötyjä saadun käytetystä interventtiosta. Positiiviset tulokset ovat  
kuitenkin pääasiallisesti hyvin maltillisia. Yleisesti merkittävimpiä tuloksia saatiin kaikkein  
työläimpien interventtioiden avulla. Pelkkä sairaanhoitajan ja fysioterapeutin lyhytjaksoinen  
terveisiin elämäntapoihin ohjeistava interventio ei tutkimusten mukaan vaikuttanut merkittä-  
västi potilaiden fyysiseen terveyteen. Potilaiden palaute oli kuitenkin positiivista ja esimer-  
kiksi sosiaalisia kontakteja pidettiin arvokkaina. Tämä opinnäytetyö kuitenkin pyrkii kartoitta-  
maan mahdollisia tapoja kohentaa nimenomaan psykoosisairaahan potilaan fyysistä terveyttä.

Skitsofrenian negatiiviset oireet voivat ilmetä kykenemättömyytenä spontaaniin toimintaan ja  
yleisenä tahdottomuutena (Huttunen 2017). Esimerkiksi Söderbergin ym. (2008) tutkimuksessa  
koskien elämäntapaintervention hyötyjä psykoosisairailta potilailla yhdeksi ongelmaksi ilmeni  
tutkittavien pois jäänti interventtiosta. Ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioitettaessa juuri-  
kin epäterveisiin elämäntapoihin puuttuminen voi olla haastavaa.

Psykoosisairaiden potilaiden fyysiseen terveyteen onneksi ollaan tämän systemaattisen kirjal-  
lisuuskatsauksen perusteella heräämässä koko ajan enemmän. Tutkimusten laatu ja laajuus  
vaikuttaisi menevän parempaan suuntaan vuosien saatossa. Käyttämieni tutkimusten vuosilu-  
kujen kasvaessa otantamäärät ja systemaattisuus menevät parempaan suuntaan. Elämänta-  
painterventioita käsittelevien tutkimusten tavoitteena on usein juurikin psykoosisairaiden po-  
tilaiden fyysisen terveyden edistäminen. Tätä on pyritty toteuttamaan tuottamalla luotetta-  
vaa tutkimustietoa erilaisten toimintamallien vaikuttavuudesta. Vaikka suunta on parempaan  
päin, niin silti vahvoja suosituksia ei mikään käyttämäni tutkimus ole pystynyt perustelemaan  
tai antamaan. Erityisen valitettavaa on esimerkiksi Gaughranin ym. (2017) löytämät tulokset.  
Heidän toteuttamansa tutkimus oli laajuudeltaan tässä aineistossa suurinta. Elämäntapainter-  
ventio, jota tutkimuksessa analysoitiin, oli myös toteutettu realistisesti normaalin hoidon si-  
sällä. Merkittäviä tuloksia ei kuitenkaan saatu todistetuksi. He totesivatkin tutkimuksessaan,  
miten etsiminen koskien psykoosisairaahan potilaan elämäntapoihin parhaiten vaikuttavien toi-  
mintamallien löytämiseksi vielä jatkuu.

Huomattavilla lisäresursseilla kuitenkin ollaan saatu hyviä tuloksia. Näitä voidaan tosin kuvata  
vain alustaviksi, otannan ollessa pientä. Teasdale ym. (2016) sekä Curtis ym. (2015) onnistui-  
vat vaikuttamaan merkittävästi ensipsykoosia sairastavien potilaiden elämäntapoihin. Kum-  
massakin tutkittavassa interventiossa kuitenkin oli mukana huomattava määrä

lisähenkilökuntaa potilaiden hoidossa. Psykkisesti sairaiden potilaiden somaattiseen terveyteen pitäisi siis herätä todennäköisesti todella vahvasti ja laajalti, jotta tämän kaltaisia lisäresursseja saataisiin käyttöön standardisoituun hoitotyöhön. Nämä kaksi tutkimusta keskittyivät myös nimenomaan nuoriin, vastikään sairastuneisiin potilaisiin. On oletettavaa, että kroonisesta sairaan skitsofreniapotilaan ohjaaminen terveempiin elämäntapoihin on haastavaa. Taudin neuropsykologiset häiriöt, jotka koskettavat esimerkiksi keskittymistä, tiedon vastaanottoa ja lyhykestoista muistia negatiivisesti voivat haitata uusien toimintamallien omaksumista (Huttunen 2017).

Opinnäytetyössäni löydetyt tiedon perusteella erilaiset elämäntapainterventiot koettiin kuitenkin pääsääntöisesti mielekkääksi potilaiden mielestä. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan potilaan vaikeudet ilmaista tunteitaan voivat haitata merkittävästi sosiaalisia suhteita (Huttunen 2017.) Juuri sosiaalisten tilanteiden syntyminen ja vertaistuki olivat monen intervention positiivisia tuloksia.

## 7 Eettisyys ja luotettavuus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on kärkiluokkainen tapa tutkia tieteellistä kirjallisuutta. Ne yleisesti keskittyvät tarkasti määriteltyyn kohtaan tietyssä kontekstissa. Näin pyritään huomiomaan kaikki relevantti ja oikein tuotettu tieto. Näyttöön perustuva hoitotyö keskittyy kaikkien terveysalan ammattilaisten tarpeeseen käyttää interventioita, jotka ovat perusteltuja kaikkein tuoreimmilla tutkimusaineistolla ja tiedolla. (Holly, Salmond & Saimbert 2011. s 12.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytettävän aikaisemman kirjallisuuden hakuprosessi on katsauksen luotettavuuden kannalta keskeisin vaihe, virheet johtajat vääristyneisiin johtopäätöksiin (Whittermore 2005). Hoitomenetelmien vaikuttavuutta tutkittaessa satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset ovat merkityksellisimpiä (Magarey 2002, Holopainen ym. 2008). Tästä jouduin tinkimään joiltain osin sopivien tutkittujen ja tilastoitujen interventioiden ollessa harvassa.

Hyvän tutkimuksen tulisi aina noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa, etteivät tutkimuskysymykset ja tavoite, aineiston kerääminen ja käsittely tai tulosten esittäminen ja aineiston säilytys loukkaa tutkimuksen kohderyhmää tai ole ristiriidassa hyvien tieteellisten tapojen kanssa. Tutkija on itse vastuussa näiden ehtojen täyttymisestä. Hyviin tieteellisiin tapoihin kuuluu esimerkiksi eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, toisten työn tulosten asianmukainen ja kunnioittava käyttö sekä varuillaan olo ja herkkyys eettisten kysymysten suhteen. (Vilka 2007. s. 90-91.)

Tämän opinnäytetyötasoisien systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa kaiken tiedon saaminen tutkittavasta aiheesta. Vaikka kokotekstin saatavuusongelmat tai maksuttomuus ei saisi määritellä sisäänotto- tai ulossulkukriteereitä, esimerkiksi kandidaatin

tutkielmaa tehdessä tästä voidaan kuitenkin joustaa (Niela-Vilén & Kauhanen 2015 s. 26.) On mahdollista, että joitakin tärkeitä tietoja sisältäviä tutkimuksia on jäänyt ottamatta tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisään, koska kaikki laajimmat tietokannat eivät ole käytössäni. Kokonaisuudessaan laajojen ja laadukkaiden tutkimusten löytäminen oli hankalaa. Tämä toisaalta osoittaa lisätutkimuksen tarpeen aiheesta.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin tulisi olla mahdollisimman virheetöntä ja luotettavaa. Inhimilliset virheet ovat kuitenkin mahdollisia. Useamman tutkijan määrä parantaa laatua edellä mainituissa. Prosessin voi kuitenkin toteuttaa yksin, mutta jo kaksi tutkijaa vähentäisi huomattavasti virheiden mahdollisuutta. (CRD 2008 s. 29.) Toteutin työni yksin, joten tämän osalta opinnäytetyöni on vähemmän luotettava, kuin useamman tekijän toteuttama työ keskivertaisesti.

Opinnäytetyöprosessini kesti noin viisi kuukautta, joka on lyhyt ajanjakso. Pidempiaikainen työstäminen olisi mahdollistanut syvällisemmän paneutumisen aiheeseen. Myös erilaisia uusia ideoita ja korjattavia kohtia saattaisi ajan kuluessa ilmetä.

Mikäli tutkimukseen jätetään ottamatta muita kuin englannin -ja suomenkielisiä tutkimuksia, niin osa tiedosta tärkeästäkin tiedosta voi jäädä huomioimatta. On kuitenkin harvinaista, että on mahdollista täysin välttää tämän kaltaista kieliharhaa. Tutkijan olisi kuitenkin hyvä huomioida kielivalinnan tuoma raja. (CRD 2008. S. 16-17.) Hakuja suorittaessani minua vastaan tuli vain harvoin muita, kuin englanninkielisiä artikkeleita.

## 8 Kehittämisideat ja jatkotutkimusehdotukset

Tiesin jo ennen opinnäytetyöni aloitusta, että aiheeni ei ole vielä todella laajasti ja systemaattisesti tutkittu. Oman näkemykseni mukaan tämä työ toimiikin enemmän todisteena, että lisää paneutumista kaivattaisiin psykoosipotilaiden fyysisen terveyden ongelmiin. Tutkimuksia, joissa on laajasti ja laadukkaasti kartoitettu huomattavasti keski-ikäistä väestöä heikompi somaattinen terveys tällä potilasryhmällä, löytyy runsaasti. Tehokkaita, laajaan käyttöön soveltuvia tapoja vaikuttaa tähän ei vielä löydy kovin kattavasti. Tämän tasoinen AMK-opinnäytetyö ei välttämättä lisää tietoa aiheesta helposti tuota. Suurempien terveydenhuollon toimijoiden toteuttamat laajat kokeilut erilaisilla interventioilla normaalin hoitotyön lomassa voisivat tuottaa paljon arvokasta tietoa. Psykoosipotilaiden ongelmat elintapasairauksien kanssa ovat hyvin jo tiedossa, joten perustelut ovat kunnossa. Muille, kuin psykoosisairauksista kärsiville mielenterveyskuntoutujille suunnatuista elämäntapainterventioista olisi mahdollista saada lisää suuntaa tälle aiheelle kokonaisuudessaan.

## 9 Opinnäytetyön prosessin arvio

Kuten aiemmin työssä monesti mainittu, suurin haaste oli löytää laadukasta tutkimustietoa käsittelemästäni aiheesta. Tämä osoittaa niiden tarpeellisuuden, joten se ei tämän työn

kannalta ole osaltaan negatiivinen löydös. Alun perin tutkimuskysymyksen asetteluni olisi sisällyttänyt työhön enemmän myös puhtaasi elämäntapainterventoiden tarvetta määritteleviä tutkimuksia. Tämä olisi kuitenkin laajentanut työtä hyvin merkittävästi ja toisaalta aineiston analysointi olisi helposti muuttunut liian haastavaksi sen kirjavuuden ja laajuuden takia.

Puhtaasi luvuilla löydösten osoittaminen olisi oman näkemykseni mukaan mielekkäämpää, koska kvantitatiivisesti tutkittu tieto on näkemykseni mukaan jämäkämpää. Aihe kuitenkin vaati kvalitatiivisella tavalla aineiston analysointia, joten tulokset eivät ole täysin yksiselitteisiä.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli uudenlainen tapa minulle työskennellä, mutta artikkelien haku ja Boolean operaattorit olivat joiltain osin tuttuja. Kaiken saadun tiedon arviointi oli minulle uusi työmalli, koska tämän tyylisessä katsauksessa se oli välttämätöntä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohtiminen monien eri lähteiden kantilta vaati huomattavasti aikaa. Sairauksiin keskittyvien teoreettisten lähtökohtien määrittelemineen oli hyvin yksioikoista, koska tietoa näistä on helposti saatavilla niin maalikoille, kuin ammattilaisillekin omista tietopankeistaan.

Opinnäytetyöni aloitin juuri yllä mainituilla määritelmillä, jonka jälkeen siirryin tiedon haakuun. Jäsentelin aluksi tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan ottamani tutkimukset taulukkomuotoon, mutta päädyin avaamaan tutkimuksia myös hieman seikkaperäisemmin ennen varsinaista kollektiivista tulosten pohdintaa. Tämä auttoi minua huomattavasti pohtimaan tutkimuksia yhtenä kokonaisuutena. Mukaan ottamani tutkimukset hieman elivät juuri tässä vaiheessa, koska tarkemmalla perehtymisellä huomasin aiheen olevan liian laaja käsiteltäväksi tässä työssä.

Tämä työ kesti huomattavasti kauemmin, kuin olin odottanut. Suunnitelmanani oli saada työ valmiiksi täysin maksimissa kolmessa kuukaudessa, mutta elämäntilanteen muuttuessa työskentelyaika lähes kaksinkertaistui alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna. Juurikin asioiden kirjoittaminen auki ja tieteellisen tekstin kääntäminen englannista suomeksi sai minut perehtymään tutkimuksiin hyvin tarkasti. Opinnäytetyöstäni koen käytännön kannalta oppineeni eniten juurikin tämän aiheen nykyaikaisesta tilanteesta.



## Lähteet

### Painetut

Aveyard H. 2007. Doing a literature review in health & social care. A practical guide. McGraw Hill Companies, Open University Press, Berkshire, England.

Cooper H. 1988. Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews, 3rd edn. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Johansson K, Axelin A, Stolt M. & Ääri R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. University of Turku. Department of Nursing Science. Research reports A:51/2007.

Stolt M, Axelin A & Suhonen R. Kirjallisuuskatsaus Hoitotieteessä. University Of Turku. Department of Nursing Science Research reports. A:73/2015.

### Sähköiset

Arksey H & O'Malley L. 2007. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 8 (1), 19-32.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>

Counsell C. 1997. Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. Annals of Internal Medicine 127 (5), 380-387.

<http://annals.org/aim/article-abstract/710790/formulating-questions-locating-primary-studies-inclusion-systematic-reviews?volume=127&issue=5&page=380>

CRD 2008. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Centre for Reviews and Dissemination. University of York.

[https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)

Evans D. & Pearson A. 2001. Systematic reviews of qualitative research. Clinical Effectiveness in Nursing 5, 111-119.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1361900401902195>

Green B.N, Johnson C.D. & Adams A. 2006. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. Journal of the Chiropractic Medicine 5 (3), 101-117.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647067/>

Greenhalg T. 1997. Papers that summarize other papers (systematic reviews and meta-analyses). British Medical Journal 315 (7109), 672-675.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127461/pdf/9310574.pdf>

Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011.

<http://handbook-5-1.cochrane.org/>

Holly C, Salmond S. & Saimbert M. 2011. Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice. Springer Publishing Company.

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/Laurea/detail.action?docID=787632>

Holopainen A, Hakulinen-Viitanen T & Tossavainen K. 2008 Systematic review -a method for nursing research. Nurse Researcher 16 (1), 72-83.

<https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nr2008.10.16.1.72.c6754>

Huttunen Matti. 2016a. Psykoosi (mielisairaus) Lääkärikirja Duodecim.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411)

Huttunen Matti. 2016b. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00357](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357)

Huttunen Matti 2016c. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148)

Huttunen Matti. 2017. Tietoa potilaalle: Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim.

[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=skitsofrenia](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=skitsofrenia)

Magarey JM. 2002. Elements of a systematic review. International Journal of Nursing Practice 7 (6), 376-382.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-172X.2001.00295.x>

Mustajoki Pertti 2017. Diabetes ("sokeritauti"). Lääkärikirja Duodecim.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00011#s7](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s7)

Mustajoki Pertti 2018. Valtimotauti (ateroskleroosi). Lääkärikirja Duodecim.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00095](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095)

Petticrew Mark. 2001. Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. BMJ. 2001 Jan 13; 322(7278): 98-101.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119390/>

Käypä hoito. 2015. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>

Käypä hoito. 2016. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00840&p\\_haku=psykoosi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00840&p_haku=psykoosi)

Suvisaari Jaana & Lönqvist Jouko 2017. Muut psykoosit. Duodecim oppikirjat, Psykiatria.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04497&p\\_selaus=16597](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597)

Syvänne Mikko. 2016. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00565&p\\_haku=metabolinen%20oireyhtym%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00565&p_haku=metabolinen%20oireyhtym%C3%A4)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Yleistietoa kansantaudeista.

<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Mielenterveyshäiriöt.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Psykoosit.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Elintavat.

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Elintavat ja mielenterveyshäiriöt.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot>

Tuominen L. & Salokangas R. 2016. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=skitsofrenia](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=skitsofrenia)

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi 2007.

<http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vuori Ilkka. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Duodecim 2015;131(8):729-36.

<http://duodecimlehti.fi/duo12209>

Whittemore R & Knafl K. 2005. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing 52 (5), 546-553.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

## Taulukot

Taulukko 1.....	13
-----------------	----

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit

Rikard Wärdig, Margareta Bachrach-Lindström, Sally Hultsjö, Torbjörn Lindström & Annika Foldemo. 2015. Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention. Linköping University Post Print. 2015, Journal of Clinical Nursing, (24), 13-14, 1815-1824. Ruotsi.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12782/full>

Scott B. Teasdale, Philip B. Ward, Simon Rosenbaum<sup>1,2</sup>, Andrew Watkins, Jackie Curtis, Megan Kalucy and Katherine Samaras. 2016. A nutrition intervention is effective in improving dietary components linked to cardiometabolic risk in youth with first-episode psychosis. British Journal of Nutrition (2016), 115, 1987-1993. Australia.

[https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E261A9ED8C0B89170523F3F028EE23F0/S0007114516001033a.pdf/nutrition\\_intervention\\_is\\_effective\\_in\\_improving\\_dietary\\_components\\_linked\\_to\\_cardiometabolic\\_risk\\_in\\_youth\\_with\\_firstepisode\\_psychosis.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E261A9ED8C0B89170523F3F028EE23F0/S0007114516001033a.pdf/nutrition_intervention_is_effective_in_improving_dietary_components_linked_to_cardiometabolic_risk_in_youth_with_firstepisode_psychosis.pdf)

Jackie Curtis, Andrew Watkins, Simon Rosenbaum, Scott Teasdale, Megan Kalucy, Katherine Samaras & Philip B. Ward. 2015. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry Volume 10, Issue 3 June 2016 Pages 267-276. Australia.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12230/abstract;jsessionid=46A678839771E2347745E3F9B468C355.f01t01>

Amanda Baker, Robyn Richmond, Terry J. Lewin, Frances Kay-Lambkin. 2010. Cigarette Smoking And Psychosis: Naturalistic Follow up 4 Years After an Intervention Trial. Volume: 44 issue: 4, page(s): 342-350. First Published April 1, 2010. Australia.

<http://journals.sagepub.com/doi/10.3109/00048670903489841>

Firth J, Carney R, Jerome L, Elliott R & French P. 2016. The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. BMC Psychiatry 2016 Vol. 16. Iso-Britannia.

<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1773647799?pq-origsite=primo>  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eip.12329>

Söderberg H, Sameby B, Hedström M & Waern M. Health improving measures for patients suffering from psychosis. Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden (VARD I NORDEN), 2008; 28(4): 29-33. (5p). Ruotsi.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=144a062c-dc87-4b11-9ddd-208baaf5b855%40sessionmgr101&bdata=JnN-pdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=105641476>

Gaughran F, Stahl D, Ismail K, Greenwood K, Atakan Z, Gardner-Sood P, Stubbs B, Hopkins D, Patel A, Lally J, Lowe P, Arbuthnot M, Orr D, Corlett S, Eberhard J, David A, Murray R, Smith S. 2017. Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IMPACT). BMC Psychiatry 17:413. Iso-Britannia.

<https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1571-0>

## Liitteet

Liite 1: Yhteenveto systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä E-artikkeleista. .... 31

## Liite 1: Ensimmäinen liite

Kirjoittajat, julkaisuvuosi ja maa.	Artikkelin nimi	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite	Tutkimusmenetelmä, aineisto	Keskeiset tulokset
Rikard Wärdig, Margareta Bachrach-Lindström, Sally Hultsjö, Torbjörn Lindström and Anniqa Földemo. 2015. Ruotsi.	Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention.	Selvittää psykoosia sairastavan potilaan suhtautumista elämäntapainterventioon.	Tutkimusaineisto saatiin haastatteleamalla 40 potilasta 2011 ja 2012. Haastattelut toteutettiin n. 6kk elämäntapainterventio jälkeen.	Osallistujat voivat saavuttaa terveyshyötyjä sekä löytää sosiaalisia kontakteja.
Scott B. Teasdale, Philip B. Ward, Simon Rosenbaum <sup>1,2</sup> , Andrew Watkins, Jackie Curtis, Megan Kalucy and Katherine Samaras. 2016. Australia	A nutrition intervention is effective in improving dietary components linked to cardio-metabolic risk in youth with first-episode psychosis.	Selvittää ensipsykoosia sairastavien potilaiden mahdollisen hyötyminen ravitsemusohjauksesta.	Tutkittavien ravitsemustottumukset selvitettiin haastattelemaan ennen ja jälkeen interventio. Tutkimuksessa oli lopulta mukana 18 henkilöä.	Päivittäinen kilokalorien saanti vähentyi n. neljänneksellä ja glykeeminen kuorma kolmanneksella.
Jackie Curtis, Andrew Watkins, Simon Rosenbaum, Scott Teasdale, Megan Kalucy, Katherine Samaras & Philip B. Ward. 2015. Australia.	Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis.	Elämäntapainterventio hyöty painonnousuun antipsykoottisen lääkityksen aloitusvaiheessa.	16:sta ensipsykoosia sairastavaa potilasta osallistuivat normaalin hoidon lisäksi 12 viikon personoituun elämäntapainterventioon, 12 verrokkia saivat tavalista hoitoa.	Interventioon osallistuneet lihoivat huomattavasti vähemmän kuin verrokkit. Vain 13% interventioon osallistuneista lihoi kliinisesti merkittävästi, verrokeista 75%.

<p>Baker A, Richmond R, Lewin T. J. 2010. Australia.</p>	<p>Cigarette Smoking And Psychosis: Naturalistic Follow up 4 Years After an Intervention Trial</p>	<p>Psykoosia sairastavan tupakoinnin vähentämisen intervention mahdollisten hyötyjen tutkiminen.</p>	<p>247 psykoottista häiriötä sairastavaa tupakoitsijaa otettiin, mukaan tutkimukseen vuoden ajaksi. Heitä tavattiin kahdeksan kertaa ja kartoitettiin tupakoinnin määrää sekä ahdistuneisuutta, masennusta ja toimintakykyä.</p>	<p>Neljän vuoden jälkeen tapahuneessa seurannassa n. 80% osallistuneista kertoi tupakoinnin pysyneen vähäisempänä, kuin lähtötilanteessa. Oireissa ja toimintakyvyssä oli myös parannusta nähtävissä neljän vuoden jälkeen.</p>
<p>Firth J, Carney R, Jerome L, Elliott R &amp; French P. 2016. Iso-Britannia.</p>	<p>The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study</p>	<p>Ensipsykoosia sairastavien potilaiden mahdolliset hyödyt henkilökohtaiseksi räätälöidystä 10 viikon kuntosaliharjoitteluohjelmasta.</p>	<p>31 osallistujaa, tuloksia selvitetettiin haastatteleamalla osallistujia heti 10 viikon jakson jälkeen sekä kuuden kuukauden seurannassa.</p>	<p>Harjoittelusta saatiin hyötyä psyykkiseenkin terveyteen.</p>



Söderberg H, Sameby B, Hedström M & Waern M. 2008. Ruotsi.	Health improving measures for patients suffering from psychosis.	Intervention mahdolliset hyödyt suhteessa metaboliin oireyhtymään psykoosipotilailla.	Kolme 4-10 potilaan ryhmää osallistuivat 14 ryhmäopetustapaamiseen.	14 potilasta kävivät intervention tapaamisilla loppuun asti, näistä kahdeksalla BMI oli matalampi. 18 kuukauden seurannassa viisi henkilöä olivat vielä alentaneet painoaan, mutta kuudella se oli noussut.
Gaughran F, Stahl D, Ismail K, Greenwood K, Atakan Z, Gardner-Sood P, Stubbs B, Hopkins D, Patel A, Lally J, Lowe P, Arbuthnot M, Orr D, Corlett S, Eberhard J, David A, Murray R, Smith S. 2017. Iso-Britannia.	Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IM-PaCT)	Terveystiedon edistämisen intervention mahdolliset hyödyt psykoosisairaille potilaille.	Satunnaistettu vertailukoe. 52 hoitokoordinaattoria toteutti 213 potilaalleen ”IM-PaCT terapiaa”, eli modulaarista terveyden edistämisen interventiota. Verrokki-ryhmässä oli 193 tavanomaista hoitoa saavaa potilasta ja 52 hoitokoordinaattoria.	HDL-kolesteroli sekä vyötärön ympärys olivat interventioon osallistuneilla terveemmällä tasolla. Muuten mainittavaa muutosta ei sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin tapahtunut interventioon osallistuneilla.